



POUVOIR JUDICIAIRE

A/618/2019

ATAS/861/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 septembre 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Suzette CHEVALIER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, a travaillé comme femme de chambre en hôtel de 1997 jusqu'au 27 septembre 2011, date à laquelle elle a été licenciée avec effet immédiat par B_____ pour faute grave.
2. Elle a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 14 mai 2012 en raison d'une algoneurodystrophie du membre supérieur droit, d'un syndrome épaule-main, de discopathie L2-L5, d'une protrusion discale L2-L3 et d'arthrose inter-apophysaire postérieure L5-S1.
3. Le 14 juin 2012, le Dr C_____, orthopédiste, a indiqué à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) que l'assurée souffrait d'une algodystrophie du membre supérieur droit, d'un syndrome épaule-main et d'un syndrome combovertébral. L'atteinte avait débuté suite à une chute survenue trois ans auparavant avec des douleurs en augmentation dès octobre 2011. L'assurée était totalement incapable de travailler dès le 25 octobre 2011. Il relevait que la capsulite était toujours en phase douloureuse et que l'assurée parlait mal le français.
4. Le 29 octobre 2012, le docteur D_____, de la permanence de Vermont-Grand-Pré a indiqué à l'OAI que l'état de l'assurée était resté stationnaire et qu'elle était toujours totalement incapable de travailler pour l'instant.
5. Le 1^{er} mars 2013, la doctoresse E_____ a indiqué avoir reçu l'assurée en consultation les 30 novembre 2012 et 26 février 2013. Elle présentait des lombalgies de longue date, mais nettement augmentées depuis trois ans, suite à une chute au travail selon ses dires. Elle se plaignait également de douleurs à l'épaule droite, apparues trois ans auparavant. Le diagnostic de capsulite rétractile avait été posé au début de l'année 2012. Elle avait eu de multiples traitements dont des infiltrations, de la physiothérapie et des médicaments, avec seulement une très légère diminution des douleurs. Elle ne parlait pas français et l'anamnèse restait très imprécise, malgré la présence de sa fille pour faire la traduction. L'examen clinique avait été très difficile à réaliser, car il avait été parasité par de nombreuses manifestations douloureuses et une importante résistance en raison des douleurs. Il n'y avait pas d'argument pour une maladie inflammatoire rhumatismale ou une autre maladie systémique. Les douleurs semblaient plutôt rentrer dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. L'assurée était limitée dans les travaux lourds et les ports de charges. Son activité de femme de chambre n'était plus adaptée, mais, du point de vue rhumatologique, une activité légère serait probablement possible.
6. Sur demande de l'OAI, le docteur F_____, rhumatologie et médecine interne FMH, a expertisé l'assurée. À teneur de son rapport du 31 mars 2014, l'expert a posé comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail des douleurs de l'épaule droite sur une rupture intra-substantielle du supra-épineux depuis 2011 et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une obésité, des lombalgies chroniques sur obésité et un manque d'activité physique depuis 2006.

La capacité de travail de l'assurée était de 0% dans son emploi de femme de chambre depuis octobre 2011 et de 100% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} avril 2013, soit une année après le début de l'algodystrophie de l'épaule gauche, ce qui correspondait à la durée moyenne de cette maladie. Les limitations fonctionnelles étaient : ne pas porter de charges de plus de 10 kg, ne pas faire de mouvements répétés d'élévation de bras au-dessus de 90° et pouvoir changer de position toutes les heures. L'assurée était apte à travailler dans une activité de type petite mécanique. L'expert a indiqué dans l'anamnèse que l'assurée ne se plaignait pas de problème d'ordre psychologique.

7. Par décision du 25 septembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2012 au 30 juin 2013, mais pas à des mesures professionnelles. Depuis le mois d'octobre 2011, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Elle avait un statut de personne active. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès avril 2013. À la fin du délai d'attente d'un an, soit en octobre 2012, elle présentait un degré d'invalidité de 100%, qui lui ouvrait le droit à une rente entière. Comme elle avait déposé sa demande de prestations le 14 mai 2012, les prestations ne pouvaient lui être versées qu'à partir du 1^{er} novembre 2012. Dès avril 2013, la capacité de travail raisonnablement exigible était de 100%. En comparant ses revenus avec et sans invalidité, son degré d'invalidité était de 0%.
8. À teneur d'un rapport établi le 6 mai 2015 par le docteur G_____, chirurgien orthopédiste, la patiente était venue le consulter le même jour, en raison de douleurs à l'épaule droite persistant depuis plusieurs années. Elle avait bénéficié de multiples séances de physiothérapie et d'un traitement anti-inflammatoire sans succès. Elle avait perdu son travail cinq ans auparavant et souffrait, selon lui, d'une dépression non traitée, car non diagnostiquée. Il lui avait conseillé de continuer la physiothérapie et de consulter un psychiatre. Il ne pensait pas que l'assurée était en mesure de reprendre une activité professionnelle en raison du caractère physique de son ancien travail et ne pouvait pas se prononcer quant à une éventuelle reconversion professionnelle.
9. Le 9 juin 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité en précisant que son atteinte à la santé était liée à un accident au travail en 2010.
10. À teneur d'un rapport établi le 11 septembre 2015 par le docteur H_____, chef de clinique du département des neurosciences cliniques des hôpitaux universitaires de Genève, l'assurée avait subi une intervention le 11 septembre 2015 pour un méningiome de la convexité pariétale droite.
11. Selon un avis médical établi par la doctoresse I_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), du 1^{er} octobre 2015, les éléments apportés par le Dr G_____ ne permettaient pas de retenir une aggravation manifeste

de l'état de santé de l'assurée. En effet, sur le plan orthopédique, la situation décrite était superposable à celle évaluée en 2014. Sur le plan psychiatrique, une dépression non traitée était mentionnée, sans plus d'éléments, notamment objectifs. L'assurée n'avait ainsi pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

12. Par projet de décision du 16 octobre 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, considérant que celle-ci n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.
13. À teneur d'un rapport établi le 30 octobre 2015 par le Dr H_____, l'IRM post-opératoire avait confirmé la résection complète et l'anatomopathologie était revenue pour un méningiome transitionnel OMS grade I. Il avait expliqué à l'assurée qu'il n'y avait pas de traitement complémentaire au vu du caractère bénin de la lésion. La cicatrice était en ordre.
14. Le 5 novembre 2015, la docteure N_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis le printemps de la même année et qu'elle avait constaté des symptômes psychiques pouvant justifier une révision de sa situation et une éventuelle rente. Pendant l'été de l'année en cours, l'assurée avait subi une intervention neurochirurgicale et son état psychologique s'était, de ce fait, dégradé de façon importante.
15. Dans un avis médical du 21 janvier 2016, la Dresse I_____ a mentionné que la Dresse N_____ lui avait indiqué par téléphone suivre l'assurée depuis août 2015 et qu'elle rapportait un tableau initialement compatible avec une dépression sévère avec symptômes psychotiques (hallucinations auditives), dans le cadre d'un tableau douloureux chronique, avec un éventuel trouble somatoforme douloureux. L'assurée présentait un retrait social important et ne faisait pas grand-chose à la maison. Une dimension culturelle était évoquée chez cette assurée albanaise. À la faveur du traitement (psychothérapie type TCC et Cymbalta), une amélioration avait été initialement obtenue et l'assurée avait commencé à sortir de chez elle. Malheureusement, lors de la première sortie seule, dans le courant du mois de septembre, elle s'était faite renverser par une voiture. Elle avait été conduite à l'hôpital et un large bilan avait conduit à la découverte fortuite d'une tumeur cérébrale, qui avait été opérée, sans séquelles hormis des vertiges positionnels. Actuellement, elle souffrait d'un épisode dépressif sévère. L'assurée restait centrée sur ses douleurs. La composante culturelle et quelques bénéfices (d'autres personnes s'occupant des tâches ménagères) étaient indéniables. L'assurée avait en outre des difficultés financières. La Dresse I_____ estimait en conséquence que l'aggravation sur le plan psychiatrique était rendue plausible. De plus, une atteinte neurochirurgicale était annoncée et il fallait déterminer si elle influençait durablement la capacité de travail (nouvelle atteinte). Sur le plan orthopédique, la situation était vraisemblablement restée stationnaire.

16. À teneur d'un rapport médical établi le 4 février 2016 par la Dresse N_____, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, constaté lors de la première visite en juillet 2015 (en rémission partielle depuis l'automne 2015) et de troubles mixtes de la personnalité, avec prédominance de traits évitants et histrioniques. Selon l'anamnèse, les premiers symptômes étaient apparus en 2010. Ils étaient persistants, mais avec une gravité des symptômes fluctuante. L'assurée était âgée de 52 ans et originaire du Kosovo. Elle avait eu des crises d'angoisse suite à un harcèlement sexuel par des serbes habitant dans son village au Kosovo et était traumatisée. Personne ne le savait, car elle n'avait pas osé en parler. Lorsqu'elle s'était mariée, elle faisait beaucoup de crises d'angoisse. Elle s'était mariée à 22 ans avec un homme choisi par sa famille et avait eu quatre enfants. Elle évoquait un premier épisode dépressif apparu la première année de son mariage avec de fortes crises d'angoisse, lesquelles s'étaient arrêtées spontanément après une année, avec la persistance d'une anxiété omniprésente et d'une attitude phobique. En 1996, elle s'était rendue en Suisse pour y vivre sans ses enfants. Elle avait très mal vécu cette séparation. Dès son arrivée à Genève, son mari lui avait trouvé un travail en tant que femme de chambre à plein temps. Peu après, leurs enfants les avaient rejoints. L'assurée avait travaillé durant quinze ans dans deux différents hôtels en ne manquant jamais jusqu'au jour, en 2006, où elle était tombée au travail dans une salle de bains de l'hôtel B_____. Elle avait eu, depuis lors, des douleurs persistantes à l'épaule droite, mais avait continué à travailler pendant quatre ans. Son employeur avait remarqué qu'elle ne travaillait plus à la même vitesse et l'avait licenciée. Elle avait vécu ce licenciement comme une injustice et cela l'avait plongée dans une grande dépression. Malgré toutes les difficultés sociales et la différence culturelle, le couple avait réussi à élever trois enfants en bonne santé. Leurs deux filles avaient fini des études supérieures et leur fils cadet entamait l'université. Le constat médical initial de juillet 2015 correspondait à un diagnostic de trouble dépressif sévère avec des éléments psychotiques. La patiente présentait actuellement un retrait social important avec une anxiété flottante persistante, un trouble du sommeil important avec des réveils fréquents dans la nuit et des cauchemars avec contenus anxieux. Elle présentait une anhédonie avec une difficulté à participer aux tâches ménagères du quotidien. Le pronostic était réservé. Il était évident que l'assurée ne pouvait plus supporter le stress du monde du travail. Elle était en incapacité totale de travail et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.
17. À teneur d'un rapport médical établi par le Dr G_____ le 15 février 2016, l'assurée était en incapacité de travail en raison d'une capsulite rétractile de l'épaule et d'une dépression. Elle était limitée dans sa mobilisation de l'épaule et totalement incapable de travailler dans son ancienne activité depuis le 2 avril 2015.
18. À teneur d'une expertise médicale datée 17 juillet 2018 effectuée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) par les docteurs J_____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie FMH, K_____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie FMH, L_____, spécialiste en médecine interne et en pneumologie FMH, et M_____, spécialiste en neurologie FMH, les experts ont résumé le dossier médical de l'assurée et procédé à une anamnèse complète. Ils ont procédé à des constatations objectives sur le plan neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique. Ils ont examiné les rapports d'imagerie et posé les diagnostics, au plan somatique, de tendinopathie chronique de l'épaule droite, lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis, gonarthrose fémoro-tibiale droite modérée et, au plan psychiatrique, d'état de stress post-traumatique depuis l'âge de 15 ans, altération de la personnalité après l'expérience d'une catastrophe depuis l'âge de 15 ans, décompensée depuis 2011 (état de stress post-traumatique chronique), troubles de l'humeur non spécifiés depuis 2011 (évolution dépressive réactionnelle sévère), troubles somatoformes non spécifiés depuis 2011 et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques depuis 2011.

Au plan psychiatrique, le tableau clinique était dominé par un état de stress post-traumatique, qui existait probablement depuis l'âge de quinze ans. Cette affection s'était compliquée par une évolution dépressive réactionnelle sévère déclenchée par l'accident du travail. Cette aggravation s'inscrivait dans un processus de décompensation d'un trouble de la personnalité. C'était sans aucun doute la perte de la faculté d'exercer son travail, et donc la perte du rôle qui lui avait été assigné par sa famille élargie, qui avait engendré la perte de la raison d'être de l'assurée. Il s'en était suivi un état dépressif réactionnel sévère accompagné de symptômes douloureux que l'expert psychiatre interprétait comme une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Concernant l'exigibilité suite à l'accident de travail en 2011 et la décompensation psychique, il existait des symptômes psychopathologiques d'une intensité telle qu'ils n'étaient pas compatibles avec la poursuite d'une activité lucrative. Face à cette situation chronique, le pronostic était mauvais et les experts ne pensaient pas que les adaptations thérapeutiques proposées par l'expert psychiatre soient à même d'influencer la capacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, l'assurée présentait une incapacité de travail totale et définitive dans sa profession de femme de chambre depuis l'automne 2011. Dès le 1^{er} avril 2013, sa capacité de travail était de 70% dans une activité professionnelle adaptée respectant les limitations fonctionnelles, en raison d'une baisse de rendement. Du point de vue psychiatrique, elle était totalement incapable de travailler depuis le mois d'octobre 2011.

19. À teneur d'un complément d'expertise établi le 28 septembre 2018 par le Dr K_____, l'état de santé de l'assurée du point de vue psychiatrique était stationnaire depuis 2011 et, en particulier, depuis juillet 2014. Il avait retenu dans son expertise que, depuis 2011, il s'agissait essentiellement d'un état stabilisé et qu'un suivi psychiatrique appliqué lege artis depuis 2015 avait subjectivement soulagé l'assurée, mais sans améliorer objectivement ses symptômes de façon significative.

20. Par projet de décision du 14 novembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que son état de santé ne s'était pas modifié de façon notable et durable depuis sa décision de 2014.
21. L'assurée a formé opposition au projet de décision précité, faisant valoir qu'elle avait été soignée en psychiatrie seulement depuis le printemps 2015 et que son atteinte psychiatrique – ignorée jusqu'alors tant par elle-même, vu son degré d'éducation, que par l'OAI – n'avait pas été prise en compte dans la décision de 2014. Vu ce qui ressortait de l'expertise, cette décision méritait d'être révisée avec l'octroi d'une rente entière depuis novembre 2011. Aux atteintes psychiatriques s'ajoutaient encore les atteintes physiques, qui à elles seules diminuaient sa capacité de travail à 70% dans une activité professionnelle adaptée, selon le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire.
22. Par décision du 18 janvier 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que les éléments apportés dans le cadre de l'audition n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation.
23. Le 18 février 2019, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2012, sans limitation dans le temps et, subsidiairement, à une rente d'invalidité entière en novembre et décembre 2012 et depuis mai 2015. Elle ignorait, à l'époque de la décision de l'OAI du 25 septembre 2014, être atteinte sur le plan psychiatrique et avait formé sa première demande de prestations uniquement pour des atteintes physiques. L'instruction n'avait pas porté sur une atteinte psychiatrique. Ce n'était qu'en mai 2015 que le Dr G_____ lui avait conseillé de consulter un psychiatre et en été 2015, que la Dresse N_____ avait diagnostiqué des atteintes psychiatriques. On ne pouvait lui reprocher de ne pas avoir été diligente, comme l'exigeait la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant la révision. En effet, elle n'avait pas les connaissances suffisantes pour pouvoir se douter, avant mai 2015, être atteinte sur le plan psychiatrique. Aucun médecin n'avait d'ailleurs décelé une telle atteinte avant 2015. L'importance des faits découverts en 2015, c'est-à-dire l'atteinte psychiatrique, ne faisait pas de doute, dès lors que d'après l'expertise pluridisciplinaire, sa capacité de travail était nulle et sans espoir de guérison. Par conséquent, la décision du 25 septembre 2014 méritait d'être révisée, car elle était incapable de travailler depuis 2011 déjà. La révision portant sur des faits nés avant la première demande du 14 mai 2012, c'était la date de cette demande qui était déterminante pour l'octroi de la rente entière. Une rente entière devait lui être accordée non seulement du 1^{er} novembre 2012 au 31 décembre 2012, mais également pour la suite. Si la date de sa demande de révision était prise en compte, en application de l'art. 88bis al. 1 let. a de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), c'était le courrier du Dr G_____ du 6 mai 2015 qui permettait de fixer le mois de départ de la rente.

24. Par réponse du 8 mai 2019, l'intimé a indiqué qu'après réexamen du dossier, il apparaissait que l'état de santé de la recourante s'était aggravé d'un point de vue psychiatrique (nouvelle atteinte à la santé) dès juillet 2015, date à partir de laquelle aucune capacité de travail n'était exigible. Dans le cadre de la première demande, le tableau clinique était dominé par une problématique de nature exclusivement physique. Il n'y avait au dossier aucun élément médical objectif qui faisait état de l'existence de troubles psychiques de nature à influencer la capacité de travail de la recourante avant la décision du 25 septembre 2014. Lors de la première demande, aucun médecin intervenu n'avait avancé une quelconque atteinte au niveau psychiatrique. Le Dr F_____ avait indiqué que la recourante ne se plaignait pas d'un problème de cet ordre dans son rapport du 31 mars 2014.

Les conclusions de l'expert psychiatre de la CRR ne pouvaient pas être suivies, dans la mesure où elles ne se fondaient pas sur des éléments objectifs médicaux. Elles entraient d'ailleurs en contradiction avec les constatations objectives des médecins traitants, qui avaient retenu que la recourante souffrait d'une atteinte exclusivement somatique et qu'elle n'avait développé des symptômes psychiques qu'en 2015. Il fallait également relever qu'aucun des médecins intervenus précédemment n'avaient suggéré une prise en charge psychiatrique. L'évaluation de l'expert psychiatre du 28 juin 2018, complétée le 28 septembre 2018, ne justifiait pas un motif de révision procédurale, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, de la décision du 25 septembre 2014. La prétendue atteinte psychiatrique invalidante, au sens de la LAI, ne constituait pas un fait nouveau ancien, dans la mesure où elle n'avait été avérée qu'en 2015 et que l'évaluation de l'expert psychiatre constituait une appréciation différente du cas. Il s'agissait en l'espèce d'une révision, au sens de l'art. 17 LPGA, soit une modification de l'état de santé postérieure à la décision du 25 septembre 2014. L'OAI concluait de ce fait à ce que la décision litigieuse soit modifiée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de juillet 2016.

Selon l'avis médical établi par le SMR le 9 avril 2019 annexé à la réponse de l'intimé, celui-ci relevait qu'aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique n'avait été signalée, ni objectivée lors de la première demande de l'assurée. Le Dr F_____ avait signalé dans son rapport d'expertise qu'elle ne se plaignait pas d'un problème d'ordre psychologique. Le 17 mai 2013, l'assurée avait affirmé ne pas bénéficier d'un suivi psychiatrique. Ce n'était que lors de la seconde demande qu'une atteinte psychiatrique avait été signalée par le Dr G_____, le 6 mai 2015. Un certificat d'arrêt travail dès juillet 2015 avait été émis par la Dresse N_____, qui suivait l'assurée depuis juillet 2015. Cette dernière retenait un diagnostic d'épisode de dépression sévère avec symptômes psychotiques objectivé en juillet 2015. En conséquence, le SMR considérait que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé d'un point de vue psychiatrique dès juillet 2015, date à partir de laquelle aucune capacité de travail n'était exigible de l'assurée.

25. Dans sa réplique du 22 mai 2019, la recourante a relevé qu'elle n'était pas au bénéfice d'une rente et qu'il ne s'agissait donc pas d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Il s'agissait en revanche d'un cas de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Des faits anciens, à savoir l'aggravation de l'atteinte psychiatrique en 2011, avait été découvert en 2015, soit après la décision de l'OAI de 2014, et n'avaient pu être prouvés qu'ultérieurement par les rapports de sa psychiatre et de l'expert psychiatre. Il était donc inexact de dire qu'il s'agissait d'une modification de l'état de santé postérieure à la décision du 25 septembre 2014. D'après l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité était réputée survenue dès qu'elle était, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré avait droit à une rente s'il avait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Il semblait donc il n'y avait pas l'obligation pour l'assurée d'indiquer le diagnostic précis dans sa demande pour que l'invalidité puisse être retenue. L'incapacité de travail d'au moins 40% en raison de la maladie suffisait. Son incapacité de travail était totale en raison de son atteinte psychiatrique dès octobre 2011, selon l'expertise psychiatrique du 28 juin 2018, qui avait été ordonnée par l'intimé. Le fait qu'elle ne s'était pas plainte de dépression auprès de ses médecins traitants jusqu'en 2015 ne signifiait pas qu'elle ne souffrait pas. C'était tout simplement parce qu'elle ignorait le diagnostic de ses symptômes, qu'elle avait pris faussement comme un effet de ses atteintes physiques, qu'elle n'en avait pas parlé. Elle pensait sans doute que ses états d'âme relevaient de son caractère et qu'ils n'étaient pas intéressants pour les médecins. Elle était issue d'un milieu rural du Kosovo, dans lequel la vie était très dure et le souci majeur était de survivre. On n'y avait pas pour habitude de s'écouter, de faire de la psychologie et encore moins de la psychiatrie. On ne pouvait dans ces circonstances lui reprocher d'avoir ignoré qu'une grande partie de ses maux incapacitants était due à une dépression psychiatrique depuis 2011. Il serait choquant de la priver pour un tel motif de la rente et de ne lui octroyer celle-ci que depuis 2016, alors que son atteinte psychiatrique la rendait incapable de travailler à 100% depuis 2011. Il était également choquant de mettre en doute les conclusions de l'expert, alors que rien de concret, en particulier aucun avis médical en psychiatrie, ne permettait de tirer des conclusions contraires à celles-ci.
26. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la LAI.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} novembre 2012, sans limitation dans le temps.
4. a. En l'espèce, dès lors que l'intimé a déjà rendu une décision entrée en force au sujet de la recourante le 25 septembre 2014, il faut déterminer si celle-ci peut être revue.

b. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références).

La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA) – applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA –, à savoir un délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (HAVE 2005 p. 242 [arrêt D. du 16 juin 2005, U 465/04, consid. 1], arrêt L. du 28 juillet 2005 [I 276/04, consid. 2.1]; voir également RAMA 1994 n° U 191 p. 145, Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, n. 16 ad art. 53).

Dans un arrêt du 27 janvier 2015 (9C_531/2014), le Tribunal fédéral a considéré qu'une expertise judiciaire établissant une incapacité de travail de 60% depuis le mois d'avril 2005 (soit antérieurement à la précédente décision entrée en force) ne correspondait pas à un fait nouveau, mais était le résultat d'une nouvelle

appréciation des faits à la base de la décision du 8 décembre 2006. On ne pouvait admettre, au vu des pièces médicales au dossier, que la nouvelle atteinte diagnostiquée par l'expert judiciaire constituait, en relation avec la toxicomanie, une comorbidité psychiatrique suffisante pour conclure, sur le plan juridique, à une invalidité. Celle-ci supposait, selon la jurisprudence relative à la dépendance, que le trouble psychique mis en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Tel n'apparaissait pas être le cas en l'espèce. L'évaluation médicale du 10 décembre 2013 ne permettait pas de mettre en évidence un élément de fait nouveau, déterminant sur le plan juridique, dont il résulterait que la dernière décision entrée en force comportait des défauts objectifs. Partant, les conditions de l'art. 53 al. 1 LPGA n'étaient pas réalisées.

Dans un arrêt I 528/06 du 3 août 2007, le Tribunal fédéral a jugé que constituait un fait nouveau, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, sa découverte – ultérieure à une décision du 24 mars 2003 d'octroi d'une rente dès le 1^{er} septembre 1998 – du fait que l'assuré avait repris une activité lucrative le 1^{er} mars 2001, ce qui lui avait permis de réaliser à partir de cette date un revenu annuel qui – comparé à celui qu'il aurait pu réaliser sans invalidité – n'ouvrait plus droit à la rente. Cette circonstance, propre à modifier le droit à la rente d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2001, aurait dû naturellement être prise en compte par l'OCAI dans sa décision du 24 mars 2003 pour fixer le droit aux prestations de l'intimé. Dès lors qu'il s'agissait d'un fait important, de nature à conduire à une appréciation juridique différente de l'état de fait propre à l'assurance-invalidité couvert par la décision du 24 mars 2003, mais découvert ultérieurement, la voie de la révision de l'art. 53 al. 1 LPGA avec les conséquences de celle-ci dans le temps, était ouverte à l'OCAI. Toutefois, celui-ci n'ayant pas respecté le délai de 90 jours dès la découverte du motif de révision, n'était pas en droit de procéder à une révision (procédurale) du droit à la rente.

c. Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015

consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5. En l'occurrence, l'intimé a admis dans sa réponse du 8 mai 2018 que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé du point de vue psychiatrique avec une nouvelle atteinte à la santé depuis juillet 2015, date à laquelle aucune capacité de travail n'était exigible selon l'avis du SMR du 9 avril 2019.

La recourante estime que l'intimé devait tenir compte dans sa nouvelle décision du fait qu'elle était totalement incapable de travail sur le plan psychique depuis 2011 et que la décision du 25 septembre 2014 devait être révisée en conséquence, ce qui impliquait que c'était la date de sa première demande de prestations qui était déterminante pour la naissance de son droit à une rente entière d'invalidité et que son droit était né le 1^{er} novembre 2012.

Afin de déterminer si l'on se trouve en l'espèce dans un cas de révision procédurale, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, comme le soutient la recourante, ou de révision, au sens de l'art. 17 LPGA, comme le soutient l'intimé, il convient de déterminer si l'aggravation de l'état de santé de la recourante propre à influencer son degré d'invalidité est intervenu avant ou après la dernière décision entrée en force de l'intimé du 25 septembre 2014.

6. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les

conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de

leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7. En l'espèce, l'expert psychiatre de la CRR a retenu que, du point de vue psychiatrique, la recourante était totalement incapable de travailler dès le mois d'octobre 2011. Son rapport se fonde sur un entretien avec la recourante et le dossier de l'assurance-invalidité. Il contient une anamnèse complète et les constatations de l'expert. Les conclusions de ce dernier sont motivées et convaincantes.

Contrairement à ce que soutient l'intimé, l'expert s'est fondé sur des éléments objectifs médicaux, à savoir ses propres constatations ainsi que celles de la psychiatre de la recourante. Il a également tenu compte des rapports médicaux au dossier, qui attestaient d'une totale incapacité de travail de la recourante dès novembre 2011. Le fait que le Dr F_____ ait indiqué dans son expertise du 31 mars 2014 que l'assurée ne se plaignait pas de problèmes d'ordre psychologique ne permet pas de retenir qu'elle ne souffrait pas d'une atteinte psychique, puisque précisément elle l'ignorait, ce qui peut s'expliquer par son origine ainsi que son niveau d'éducation et la nature spécifique de son affection. En effet, il s'agit d'un état dépressif réactionnel sévère accompagné de symptômes douloureux, que l'expert psychiatre a interprété comme une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La recourante était manifestement centrée sur ses symptômes douloureux.

Dans les circonstances particulières du cas d'espèce, les conclusions du Dr K_____ sur le début de l'incapacité de travail durable de la recourante en 2011 ne pouvaient

pas se fonder sur des avis médicaux de spécialistes en psychiatrie. Il a fixé cette date sur la base des déclarations de l'assurée, ses propres constats et sur les rapports médicaux au dossier. Selon les déclarations de la recourante, depuis sa chute en 2011 et son incapacité de travail, elle s'était trouvée dans un état de tristesse profond, de retrait social, d'idées suicidaires et de pensées récurrentes portant sur une scène d'agression vécue à l'âge de 15 ans. Il en était résulté un état de régression et de dépendance extrême. Elle avait vécu recluse à son domicile sans autre lien social que sa famille proche. L'expert a lui-même constaté que le statut psychiatrique de la recourante était caractérisé par une humeur visiblement triste, une réactivité affective portée sur les émotions négatives. Il a relevé que les symptômes de l'état de stress post-traumatique étaient décrits de manière authentique par la recourante et qu'il l'estimait de ce fait fiable. Les conclusions de l'expert sont enfin confirmées par celles de la Dresse N_____, qui a mentionné dans son rapport du 4 février 2016 que l'assurée souffrait de crises d'angoisse de longue date et qu'elle avait plongé dans la dépression à la suite à son licenciement intervenu en 2011, qu'elle avait vécu comme injuste.

L'on ne saurait retenir que les conclusions de l'expert entrent en contradiction avec les constatations objectives des médecins traitants de la recourante telles qu'elles ressortaient du dossier avant la première décision entrée en force, puisque ceux-ci n'intervenaient que pour les plaintes somatiques de celle-ci. Le fait qu'ils n'aient pas réalisé qu'elle pouvait souffrir d'une atteinte psychique s'explique sans doute par la mauvaise connaissance du français de la recourante et parce qu'elle était centrée sur ses symptômes physiques douloureux.

En conclusion, l'expertise du Dr K_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Sur cette base, il faut retenir que la recourante souffre d'une atteinte psychique totalement incapacitante depuis octobre 2011, ce qu'elle n'a appris qu'en 2015. Il s'agit-là d'un fait nouveau important existant avant la dernière décision de l'intimé entrée en force du 25 septembre 2014. Ce fait nouveau ne pouvait être invoqué auparavant, car il n'était pas connu de la recourante malgré toute sa diligence et il justifie, en conséquence la révision, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, de la décision du 25 septembre 2014.

La recourante a découvert ce fait nouveau par le Dr G_____ le 6 mai 2015 et a agi dans le délai requis de trois mois, conformément aux art. 67 PA et 55 al. 1 LPGA, en déposant une nouvelle demande de prestations à l'OAI le 9 mai 2015 avec le rapport du Dr G_____. L'on ne saurait considérer que ce dernier constitue une appréciation différente d'un même état de fait, car l'instruction ayant conduit à la décision du 25 septembre 2014 n'avait pas du tout porté sur la santé psychique de la recourante alors qu'il s'agissait d'un élément essentiel pour la décision.

Il en résulte que l'intimé devait réexaminer le droit aux prestations de la recourante au 25 septembre 2014, date de sa première décision, en tenant compte de l'atteinte à

la santé psychique de celle-ci et de la date de sa première demande de prestation du 14 mai 2012 pour fixer le début de son droit à une rente entière d'invalidité.

8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

9. En l'espèce, la recourante était totalement incapable de travailler pour une atteinte à sa santé psychique depuis octobre 2011. Elle a ainsi droit à une rente entière d'invalidité à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit dès octobre 2012, et six mois après sa demande de prestations du 14 mai 2012, soit dès novembre 2012, sans limitation dans le temps.
10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision rendue le 18 janvier 2019 par l'intimé annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2012 sans limitation dans le temps.
11. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
12. Un émoluments de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue le 18 janvier 2019 par l'intimé.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2012 sans limitation dans le temps.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le